Dr PEDRO CHUTRO
Profesor substituto de medicina operatoria; cirujano
del Hospital Teodoro Álvarez

6

EL OMBLIGO DE LOS APENDICULARES

(Extracto de la Revista de la Sociedad Médica Argentina
vol. XX, pág 189 y siguientes)



BUENOS AIRES
IMPRENTA DE CONI HERMANOS
684, PERÚ, 684

1912

Dr PEDRO CHUTRO
Profesor substituto de medicina operatoria; cirujano
del Hospital Teodoro Álvarez

EL OMBLIGO DE LOS APENDICULARES

(Extracto de la REVISTA DE LA SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA
vol. XX, pág 189 y siguientes)



BUENOS AIRES
IMPRENTA DE CONI HERMANOS
684, PERÚ, 684

—

1912

EL OMBLIGO DE LOS APENDICULARES

Someto á la consideración de los señores consocios la observación de un signo que se presenta con frecuencia en la pared abdominal de los apendiculares.

Es un concepto adquirido el que en las apendicitis con peritonitis séptica la reacción del lado del vientre — tanto en la pared como en su contenido — es casi nula, y que la terrible forma evoluciona dentro del tipo de la septicemia, con fenómenos de gran intoxicación rápidamente mortal, en la inmensa mayoría de los casos.

En las formas menos graves, el ataque de apendicitis, siempre muy agudo, va acompañado de los síntomas de peritonitis generalizada que lo enmascaran. El vientre se dilata uniformemente al mismo tiempo que se inmoviliza, tomando el paciente el tipo respiratorio torácico superior ; los músculos rectos están contraídos, el dolor á la presión es general: la pared no ofrece signos semiológicos especiales para el diagnóstico.

En los casos comunes de apendicitis, en los que la reacción peritoneal se ha limitado al cuadrante inferior derecho del vien-

(1) Comunicación á la Sociedad médica argentina el 6 de mayo de 1912.

tre, la pared abdominal ofrece signos perceptibles á la vista y al tacto.

Es muy común observar un levantamiento más ó menos pronunciada en la fosa ilíaca derecha debido al plastrón — epiplón, ansas intestinales — y en un período más avanzado originado por un flegmón supurado periapendicular.

Otro de los signos (Kœnig) es el de la inmovilidad de la porción de pared abdominal correspondiente á la fosa iliaca derecha cuando el sujeto ejecuta profundos movimientos respiratorios.

Desde mucho tiempo me llamó la atención la frecuencia con que se presenta, en este tipo de apendicular, la desviación de la línea media del vientre hacia la derecha; signo que se puede observar con facilidad porque la pigmentación permite casi siempre seguir el trazo de la línea media. La desviación se produce tomando una forma curva, de arco más ó menos pronunciado, con convexidad á la derecha y cuyo punto más saliente se encuentra á la altura del ombligo. La explicación de este fenómeno es muy sencilla; la fisiopatología nos enseña que cuando el peritoneo se inflama los músculos anchos — sobre todo el transverso — entran en contracción permanente y llevan la línea blanca hacia la derecha; la piel acompaña al plano muscular.

El ombligo juega un rol importante; muchas veces se encuentra una verdadera dificultad en constatar el trazo de la línea media y entonces simulándola con un hilo extendido desde el apendice xifoides al medio de la sínfisis pubiana, se observa que todo el ombligo está colocado á la derecha de dicha línea como si se hubiera desplazado lateralmente.

Cuando el ataque ha sido muy brusco el ombligo puede desplazarse á la derecha sin sufrir ninguna deformación. Sin embargo lo común es que el ombligo se deforme.

En el estado normal, y desde el punto de vista de nuestro estudio, consideramos al ombligo como una cavidad más ó menos

profunda, limitada por una circunferencia, constituída por un borde bien pronunciado, uniformemente redondeado y liso.

Dentro de esta definición hay que distinguir dos categorías: una en que el ombligo es una simple cavidad infundibuliforme, profunda y que termina en fondo de saco, que se presenta comunmente en las personas con panículo adiposo desarrollado; y otra constituída por ombligos casi planos, cavidad irregular, de reborde cutáneo ligeramente saliente, y con el brote umbilical que hace proeminencia en el centro: ésta suele ser patrimonio de los flacos y demacrados. La deformación en estudio se presenta con más frecuencia entre los de la primera categoría y es muy variable en su forma.

En algunos casos la semicircunferencia derecha del ombligo tiende á borrarse, como si se nivelara con el resto de la pared, mostrando así la cara interna y el fondo de la cavidad umbilical; deformación que se hace más llamativa cuanto que hace contraste con el borde izquierdo que se presenta más afilado y pronunciado. Á veces se tiene la impresión de que la mitad derecha de la cavidad estuviera edematosa. No es raro encontrar sujetos en los que la parte superior del ombligo se haya estirado hacia la derecha, presentando un verdadero surco; ó que todo el ombligo tome una forma triangular, de vértice á la derecha y la base en la línea media.

Dentro de estas formas extremas están comprendidas todas las variedades, que evitaremos mencionar y que el lector encontrará al controlar estas observaciones.

Este signo tiene su importancia por lo que se refiere á la marcha de la enfermedad, puesto que la vuelta del ombligo á su sitio y forma normales no se hace de acuerdo con la desaparición de los otros síntomas; marcha muy lentamente.

Hay casos leves en los que no se observa otro signo que la desviación del ombligo con punto de Mac Burney; el dolor á presión desaparece antes que el ombligo vuelva á su sitio.

Cuando á estos signos se agrega un ligero estado peritoneal, se observa la misma regla.

En los casos más agudos la diferenciación es más marcada: sujetos que al cabo del noveno día habían perdido hasta la zona dolorosa conservaban la desviación del ombligo y tenían en ese momento 11.000 glóbulos blancos; dos semanas después el ombligo estaba en su sitio y el examen daba 8000 glóbulos blancos.

El año pasado ingresa al servicio un enfermo en su segundo día de apendicitis, subagudo; dieta absoluta, un poco de agua y hielo al vientre. Á los seis días todos los signos clínicos desaparecieron y aun el dolor á la presión en el punto de Mac Burnes era difuso, y no constante; el ombligo aun deformado y desplazado á la derecha de la línea media. Nuestra conducta es la de esperar varias semanas de enfriamiento (siempre que sea posible) antes de operar; pero aquí nos anticipamos con espíritu deliberado. Al final de la segunda semana, es decir ocho días después de haber desaparecido los principales signos clínicos, aun el ombligo estaba desplazado; operamos en este momento y encontramos que la cara profunda de la aponeurosis del transverso y sobre todo la cara externa del peritoneo parietal estaban edematosos, infiltrados, restos del proceso que estaba en regresión; la deformación del ombligo, tan persistente encontró su explicación; la naturaleza se defiende.

Esta observación tiene para nosotros un valor indiscutible, puesto que muestra que las lesiones anatómicas no evolucionan en relación con los signos clínicos; éstos desaparecen con la desfervescencia del período inflamatorio; mientras que la reparación de las lesiones se hace lentamente. La deformación del ombligo indica entonces que el músculo está aún en tensión porque la serosa vecina no ha cicatrizado.

No hay para qué insistir más sobre la importancia que tiene este signo para la conducta por tener; cuando el médico lo vea

persistir que no considere aun curado á su enfermo, que evite avivar la hoguera con alimentaciones precoces, purgantes ó movimientos inadecuados.

En dos casos que terminaron por absceso periapendicular, el ombligo volvió á su sitio á medida que se pronunciaba la tumefacción flegmonosa de la fosa ilíaca.